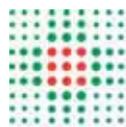


n. 1

# Notizie

marzo

## Arcispedale Santa Maria Nuova



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia  
Arcispedale S. Maria Nuova

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA  
Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno XI • 2005 • n. 1  
"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

LO SCREENING DEL CANCRO  
DEL COLON-RETTO A REGGIO EMILIA:  
PERCHÉ E COME.

"LA EVIDENCE BASED MEDICINE  
NELLA INTERPRETAZIONE DEI TEST  
DIAGNOSTICI APPLICATA A PAZIENTI  
AFFERENTI AL DIPARTIMENTO  
DI EMERGENZA URGENZA"

IMAGING FUNZIONALE  
NEURORADIOLOGICO  
L'ANALISI DEL FLUSSO  
DEL LIQUIDO CEREBROSPINALE CON  
RISONANZA MAGNETICA  
(PHASE-CONTRAST-CINE MRI):  
UN APPROCCIO NON INVASIVO ALLO  
STUDIO DI MOLTEPLICI PATOLOGIE  
CHE COLPISCONO IL SISTEMA  
NERVOSO CENTRALE.

INTERVENTI DI RESEZIONE  
POLMONARE MAGGIORE  
ESEGUITI DAL 1999 AL 2002

SELEZIONE E UTILIZZO DEI GUANTI

UN PÒ DI COLORE IN MEDICINA III  
I PROFESSIONISTI  
DELLA MEDICINA III

I PROFILI CLINICO-ASSISTENZIALI IN  
MEDICINA III: INFERMIERI E MEDICI  
INSIEME PER UN IMPEGNO COMUNE

MISSIONE IN ALBANIA

L'ANGOLO DELLA CUCINA

ENDOMETRIOSI

CAMPAGNA  
"RICETTE CON IL CODICE FISCALE"



**SCREENING.**  
vuol dire salute  
Programma per la prevenzione dei tumori del colon-retto

La nuova Rubrica



**L'angolo  
della  
CUCINA**



## SOMMARIO

- 3** *Arcispedale S. Maria Nuova  
Azienda Unità Sanitaria Locale*  
**LO SCREENING DEL CANCRO DEL COLON-RETTO  
A REGGIO EMILIA: PERCHÉ E COME.**  
Il Responsabile dello Screening Dott. Romano Sassatelli
- 5** *Dipartimento di Patologia Clinica*  
**"LA EVIDENCE BASED MEDICINE NELLA INTERPRETAZIONE  
DEI TEST DIAGNOSTICI APPLICATA A PAZIENTI AFFERENTI  
AL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA"**  
Dott.ssa Maria Brini - Direttore Dipartimento di Patologia  
Clinica
- 6** *Dipartimento Diagnostica per Immagini*  
**IMAGING FUNZIONALE NEURORADIOLOGICO  
L'ANALISI DEL FLUSSO DEL LIQUIDO CEREBROSPINALE  
CON RISONANZA MAGNETICA  
(PHASE-CONTRAST-CINE MRI):  
UN APPROCCIO NON INVASIVO ALLO STUDIO DI  
MOLTEPLICI PATOLOGIE CHE COLPISCONO IL SISTEMA  
NERVOSO CENTRALE.**  
Dott. Giulio Zuccoli - Radiologia
- 8** *Dipartimento Chirurgico I*  
**INTERVENTI DI RESEZIONE  
POLMONARE MAGGIORE  
eseguiti dal 1999 al 2002**  
Dott. Annessi Valerio - Chirurgia Toracica
- 11** *Servizio Prevenzione e Protezione*  
**SELEZIONE E UTILIZZO DEI GUANTI**  
Ing. Giovanni Guatelli
- 12** *Dipartimento Medico I*  
**UN PO' DI COLORE IN MEDICINA III  
I PROFESSIONISTI DELLA MEDICINA III**
- 13** *Dipartimento Medico I*  
**I PROFILI CLINICO-ASSISTENZIALI IN MEDICINA III:  
INFERMIERI E MEDICI INSIEME PER UN IMPEGNO COMUNE**  
Monica Guberti - Direzione Infermieristica Tecnica e Ostetrica  
Luisa Pavarelli - Coordinatrice Medicina 3°
- 15** *Dipartimento Diagnostica per Immagini*  
**MISSIONE IN ALBANIA**  
Maria Giovanna Pirola - Radiologia
- 17** *Servizio Gestione Logistico Alberghiero*  
**L'ANGOLO DELLA CUCINA**
- 18** *La Voce delle Associazioni*  
**ENDOMETRIOSI .... È giusto conoscerla**
- 20** **CAMPAGNA "RICETTE CON IL CODICE FISCALE"**

## NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE S. MARIA  
NUOVA DI REGGIO EMILIA

REG. TRIB. DI REGGIO E. N. 940 DEL 11/02/97

ANNO XI - 2005 - N. 1

"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento  
postale - 70% -DBC Reggio Emilia"

### DIRETTORE RESPONSABILE

Barbara Curcio Rubertini

### COMITATO DI REDAZIONE

Sergio Bronzoni / Servizio Tecnologie Informatiche  
Claudia Cagossi / Dip. Area Chirurgica 2  
Sonia Ceccarelli / Servizio Logistico Alberghiero  
Teresa Coppola / Comitato Etico  
Lidia Fares / Servizio di Farmacia  
Lorenzo Fioroni / Dip. Amministrativo  
Giovanni Guatelli / Servizio Prevenzione e Protezione  
Monica Guberti / Servizio Infermieristico e Tecnico  
Rita Iori / Biblioteca Medica  
Cristiana Magnani / Dip. Materno Infantile  
Massimo Magnani / Servizio Attività Tecniche  
Massimo Pantaleoni / Dip. Area Critica  
Vando Piccagli / Area Tecnologica Scientifica  
Luigi Rizzo / Direzione Sanitaria  
Maria Ravelli / Autorizzazione/Accreditamento  
Guglielmo Rossi / Dip. Area Medica 2  
Barbara Curcio Rubertini / Servizio Sviluppo  
Organizzativo  
Lidia Scalabrini / Responsabile "Arianna Line"  
Luigi Serra / Dip. Onco-Ematologico  
Luigi Vecchia / Dip. Patologia Clinica  
Michele Zini / Dip. Area Medica 1  
Giulio Zuccoli / Dip. Diagnostica per Immagini

### SEGRETERIA DI REDAZIONE

Lidia Scalabrini  
Via L. Sani, 15 - 42100 Reggio Emilia  
Tel. 0522 296836 Fax 0522 296843  
E-mail: redazione.notizie@asmn.re.it

### GRAFICA E STAMPA

Litografia ATA - Correggio (RE)



# Lo screening del cancro del colon-retto a Reggio Emilia: perché e come

Entro il mese di marzo partirà nei Distretti di Correggio e Reggio Emilia, con un progressivo coinvolgimento di tutto il territorio provinciale, un'iniziativa di diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del colon-retto.

ad affiancare quelli già attivi (mammella, utero) rivolgendosi per la prima volta anche all'utenza maschile: complessivamente, saranno chiamati a partecipare al programma circa 112.000 utenti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, residenti nella provincia di Reggio Emilia.

Il percorso che ha portato all'attivazione di questo programma è stato lungo e complesso, come doveroso, peraltro, per un intervento di salute pubblica. Dapprima sono arrivate le evidenze della letteratura e la comunità scientifica internazionale ha mostrato che la diagnosi

**SCREENING.**  
vuoi dire salute  
Programma per la prevenzione dei tumori del colon-retto

precoce e la prevenzione erano in grado di intervenire riducendo in modo significativo la mortalità (e l'incidenza) di questa malattia. Poi i vari organismi istituzionali, tra cui anche recentemente la stessa Comunità Europea, hanno ribadito la necessità di attivare questo programma di screening di popolazione. La nostra Regione, quindi, ha attivato tutti i percorsi decisionali ed organizzativi per permettere di iniziare questo importante intervento.

Tutti gli esami di screening saranno gratuiti.

## Perché è utile uno screening del cancro del colon retto?

Questa malattia colpisce ogni anno, nella nostra provincia, circa 400 persone, che sperimentano direttamente la sofferenza ed il disagio ad essa legata. La prima risposta al "perché" è proprio qui: evitare questo carico di dolore attraverso una diagnosi tanto precoce da impedire alla malattia stessa di svilupparsi. L'obiettivo potrebbe sembrare ambizioso, se non fosse che la storia naturale del tumore dell'intestino consente un tale approccio; i tumori maligni di questo organo, infatti, si sviluppano sovente da un precursore benigno (il polipo) che può essere rimosso nella quasi totalità dei casi attraverso la colonscopia.

Inoltre, anche quando viene formulata la diagnosi di tumore maligno, la malattia ha una ottima possibilità di cura e di guarigione.

Tutti questi elementi (la elevata frequenza della malattia, la possibilità di cura e guarigione, la possibilità di interrompere la sequenza di sviluppo del tumore, l'efficacia diagnostica e preventiva della colonscopia) sono sufficienti per rispondere al "perché" fare uno



# Screening come e perché



screening del cancro del colon retto, e cioè perché siamo di fronte ad una malattia della quale possiamo modificare la storia naturale.

La scelta della nostra regione è stata quella di utilizzare il test per la ricerca del sangue occulto fecale (quale test di I livello) e successivamente la colonscopia (test di II livello, per i soggetti con sangue occulto positivo). Il test per il sangue occulto fornirà un risultato "negativo o positivo" rispetto ad un valore soglia adatto per un test di screening e definito dalle evidenze di letteratura.

## Vediamo gli aspetti pratici, operativi.

Tutte le fasi dello screening vengono organizzate e monitorate dal Centro Screening del Colon-Retto. Il Centro Screening provvederà a organizzare e spedire le lettere nelle quali l'utente sarà invitato a ritirare il test presso strutture dislocate sul territorio (prevalentemente a livello di poliambulatori).

Tutti i campioni saranno processati nei laboratori del dell'Arcispedale S. Maria Nuova e dell'Ospedale di Guastalla.

L'esito del test verrà inviato a domicilio: se il test sarà negativo, l'utente verrà invitato a ripeterlo dopo due anni; se il test sarà positivo l'utente sarà contattato dal Centro Screening per effettuare una colonscopia. Presso le Endoscopie Digestive di tutti i distretti della provincia, l'utente riceverà informazioni relative all'esame ed il materiale per la preparazione alla colonscopia, che verrà eseguita in sedute dedicate; l'esame si svolgerà sotto sedazione farmacologica, nel maniera

più accurata, confortevole e sicura possibile. Si predisporrà poi il percorso successivo per chi dovesse necessitare di un ulteriore trattamento endoscopico o chirurgico.

Il programma di screening prevede poi un'ulteriore fase dedicata ai soggetti a rischio familiare. E' noto che il tumore del colon-retto colpisce con maggiore probabilità le persone che hanno avuto un caso di malattia tra i propri familiari di I grado (genitori, fratelli-sorelle, figli). In questo caso i familiari di 1° grado di una persona con diagnosi di tumore del grosso intestino saranno contattati per proporre l'esecuzione di una colonscopia. Il tutto sarà fatto nell'assoluto rispetto della privacy e dei sentimenti del paziente e dei suoi familiari. Il Medico di Medicina Generale, grazie al suo rapporto privilegiato con i pazienti, e le associazioni di volontariato saranno preziosi alleati per le attività di informazione e sensibilizzazione relative allo screening.

## Il Responsabile dello Screening **Dott. Romano Sassatelli**

Per ogni esigenza informativa:  
Centro Screening: (Centro per la diagnosi precoce e la prevenzione del tumore della mammella e del tumore del colon-retto).  
Padiglione Bertolani, Via Amendola 2,  
42100 Reggio Emilia  
Tel 0522.335327 - Fax 0522.335931; info.screening@ausl.re.it



# “La **EVIDENCE BASED MEDICINE** nella interpretazione dei test diagnostici applicata a pazienti afferenti al Dipartimento di Emergenza Urgenza”



La modernizzazione della **M**edicina di **L**aboratorio

Dal 24/11/2004 al 27/11/2004 si è svolto a Modena il congresso Nazionale della SIMeL (Società Italiana Medicina di Laboratorio), in quest'ambito abbiamo presentato in seduta plenaria il nostro progetto sperimentale: “La Evidence Based Medicine nella interpretazione dei test diagnostici applicata a pazienti afferenti al Dipartimento di Emergenza Urgenza”.

Questo progetto è fortemente innovativo ed ha coinvolto il Settore Urgenze del Laboratorio Analisi e il Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Nel progetto -sperimentale- ha lavorato un gruppo di 10 persone composto da referenti per l'accreditamento e per la qualità clinica nonché da esperti di specifici settori dei 2 Dipartimenti.

Il progetto è coordinato dal dott. Roberto Baricchi, responsabile della Qualità Clinica del Dipartimento di Patologia Clinica ed ha riscosso grande interesse tra i congressisti.

Il dott. Baricchi stesso e la dott.ssa. Maconi, da tempo componenti del gruppo di studio nazionale riguardante la Evidence Based Medicine della SIMeL, hanno presentato in una relazione i risultati preliminari del clinical audit descrivendo anche in modo dettagliato la nostra esperienza. Anche i colleghi del Dipartimento Emergenza Urgenza hanno presentato il progetto al loro Congresso Regionale svoltosi a Reggio Emilia nello stesso periodo.

Numerosi colleghi si sono detti molto interessati a mutuare il nostro progetto nelle loro realtà e ci hanno chiesto di svolgere per loro una attività di consulenza e sviluppo a partire dal 2005. Questo fatto ci fa piacere perchè rappresenta il risultato di un lungo lavoro iniziato nel 2001 attraverso la divulgazione dei concetti di Evidence Based Laboratory Medicine che abbiamo implementato con workshops dedicati.

Ciò non sarebbe stato possibile se la nostra Azienda non avesse investito in questi innovativi concetti già da tempo attraverso il Servizio Sviluppo Organizzativo; parimenti non sarebbe stato possibile senza una struttura di laboratorio quale la nostra fornita di tecnologia avanzata capace di seguire tutti i flussi in formativi da noi richiesti. Vorremmo in futuro estendere questo metodo di lavoro anche ad altri Dipartimenti o Unità Operative facendone il “nostro” modo quotidiano di lavorare.

a cura di:

**Dott.ssa Maria Brini**

Direttore Dipartimento di Patologia Clinica





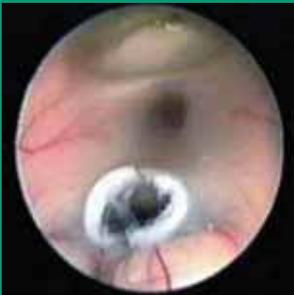
# Imaging Funzionale Neuroradiologico

## L'analisi del FLUSSO DEL LIQUIDO CEREBROSPINALE con Risonanza Magnetica (Phase-Contrast-Cine MRI): un approccio non invasivo allo studio di molteplici patologie che colpiscono il Sistema Nervoso Centrale.

Presso la Risonanza Magnetica del nostro Ospedale è eseguita "routinariamente" e con un numero crescente di richieste una tecnica di studio assolutamente non invasiva di branca neuroradiologica che consente di documentare il flusso del liquido cerebrospinale in funzione "Cine", ovvero in modo dinamico, mentre scorre nei ventricoli e nelle cisterne cerebrali.



Allargamento della stomia con Fogarty 2F



Termine della procedura dopo verifica della perforazione della membrana di LILIEQUIST, e visualizzazione della pulsatilità del flusso liquorale transstomico

Immagini gentilmente concesse dal Dr. A. Romano

I ventricoli cerebrali, il canale ependimale che percorre centralmente il midollo spinale e gli spazi subaracnoidei contengono il liquido cerebrospinale, prodotto dai plessi corioidei, che svolge una funzione protettiva su encefalo e midollo spinale interponendosi fra i tessuti nobili e più vulnerabili e la componente scheletrica (scatola cranica e colonna vertebrale) che li contiene.

Esso è prodotto in continuazione, nell'adulto sano, nella quantità approssimativa di 305 micro litri al minuto ed è riassorbito continuamente e passivamente negli spazi periencefalici con un completo ricambio ogni 6, 7 ore circa.

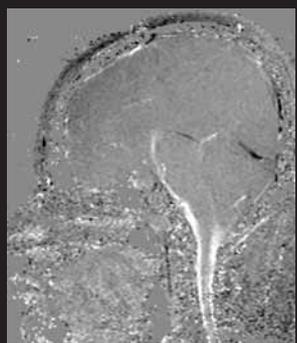
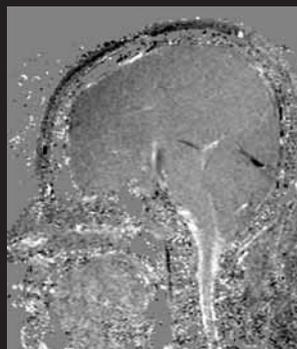
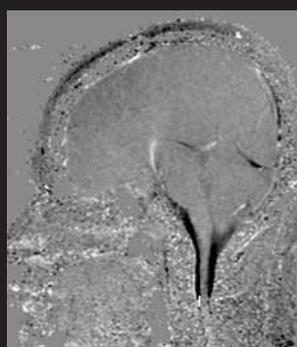
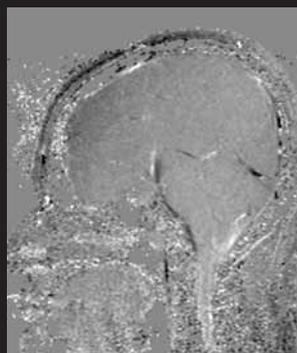
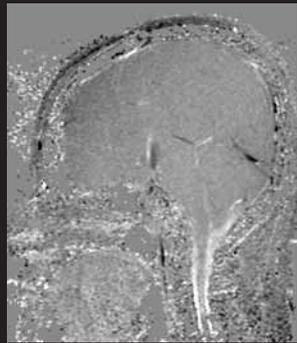
Rappresenta una acquisizione recente destinata a modificare le teorie sulla patogenesi dell'idrocefalo (dilatazione del sistema ventricolare) il fatto che il fluido cerebrospinale venga riassorbito in parte attraverso il sistema linfatico della mucosa nasale (infatti il parenchima cerebrale non contiene vasi linfatici) al quale giunge

seguendo gli spazi subaracnoidei che costeggiano i bulbi olfattori. La circolazione del fluido cerebrospinale a livello del sistema ventricolare e degli spazi subaracnoidei è un processo dinamico a carattere oscillatorio sincronizzato con le contrazioni cardiache. Per meglio definire tale processo possiamo immaginare che il cervello "pulsì" in continuazione, sospinto dalle contrazioni cardiache.

Le variazioni del volume sanguigno conseguenti alle contrazioni cardiache determinano infatti movimenti bi direzionali ritmici del liquido cerebrospinale lungo l'asse cerebro spinale: durante la sistole cardiaca l'aumento di volume sanguigno encefalico determina lo spostamento cranio caudale (sistolico) del liquido cerebrospinale; invece durante la diastole la riduzione del volume sanguigno cerebrale condiziona il "ritorno diastolico" del liquido cerebrospinale nel senso opposto. Il fenomeno descritto è sostenuto dalla teoria di Monro-Kellie secondo la quale le modificazioni volumetriche di cervello, sangue e liquido cerebrospinale si compensano in maniera dinamica (il che significa che esse variano nei valori assoluti ma, sommate, mantengono sempre un volume costante eguale a quello del contenitore osseo). La tecnica utilizzata nel nostro ospedale (Phase-Contrast-Cine MRI = Risonanza Magnetica a Contrasto di Fase) consente la visualizzazione del movimento del liquido cerebrospinale e la determinazione della sua velocità a differenti livelli anatomici; le immagini sono ottenute sincronizzando con il ciclo cardiaco l'acquisizione delle sequenze; in altre parole l'immagine è "catturata" durante una fase nota della rivoluzione cardiaca. L'esame non richiede l'utilizzo di mezzo di contrasto; le controindicazioni all'esecuzione dell'esame sono le medesime che regolano ogni esame di Risonanza Magnetica (ad esempio la presenza di Pacemaker o protesi metalliche); come è noto, la RM non implica l'uso di radiazioni ionizzanti.

Il campo d'applicazione della Phase-Contrast-Cine MRI è ampio e ha subito negli ultimi anni un deciso incremento della richiesta quale diretta conseguenza allo sviluppo delle tecniche di neurochirurgia endoscopica volte a correggere le malattie del circolo del liquido cerebrospinale, in particolare l'idrocefalo (metodiche endoscopiche). L'esame è eseguito per valutare le caratteristiche del flusso pulsatile nell'acquedotto del Silvio (che pone in comunicazione il terzo ed il quarto ventricolo cerebrali) in presenza di stenosi congenite

Studio  
funzionale della  
dinamica  
liquorale in  
paziente  
operato per via  
endoscopica di  
terzoventrico-  
lostomia.



dell'acquedotto o di tumori del tetto mesencefalico (gliomi, malformazioni vascolari, ecc.).

La Phase-Contrast-Cine MRI in questo caso permette di pianificare la strategia neurochirurgica e di valutare il successo dell'intervento endoscopico attraverso lo studio della permeabilità della "neocomunicazione" creata fra terzo ventricolo e cisterna interpeduncolare (come da immagini in sequenza).

Un'altro campo di applicazione della Phase-Contrast-Cine MRI riguarda la diagnostica delle malattie della cerniera cranio cervicale (punto di passaggio fra il cranio e la colonna vertebrale); prima fra tutte la malformazione di Arnold Chiari di tipo I (discesa delle tonsille cerebellari al di sotto del grande forame occipitale).

Ulteriori indicazioni alla esecuzione dell'esame sono rappresentate dalla valutazione della dinamica del flusso nella siringomielia (cavitazione della porzione centrale del midollo spinale associata a malformazioni congenite o secondaria a traumi spinali o tumori), utile per un migliore approccio chirurgico, e lo studio delle formazioni cistiche midollari ed intracraniche.

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini del Santa Maria, diretto dal Dott. Franco Nicoli, è oggi uno dei centri del nord Italia che ha introdotto nella pratica clinica quotidiana l'utilizzo della Phase-Contrast-Cine MRI, rappresentando un punto di riferimento nel percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da alterazioni della dinamica del liquido cerebrospinale.

Bibliografia essenziale:

1. G. Zuccoli, N. Bargallo, J.M. Mercader, J. Ibanez, M. Rossi, P. Bassi. Pre mammillar Endoscopy: Evaluation with Phase contrast Cine-MR Imaging. *Rivista Italiana di Neuroradiologia*. 1999; 12:145-148.
2. G. Zuccoli, Bargallo N., Mercader JM, Rossi M. Phase Contrast Cine Magnetic Resonance imaging study on 33 patients after endoscopic neurosurgery. *Neuroradiology*. 1998; 40 Suppl. 1: S63.
3. Huang TY, Chung HW, Chen MY, Giiang LH, Chin SC, Lee CS, Chen CY, Liu YJ. Supratentorial cerebrospinal fluid production rate in healthy adults: quantification with two-dimensional cine phase-contrast MR imaging with high temporal and spatial resolution. *Radiology*. 2004;233:603-8.
4. Feng H, Huang G, Liao X, Fu K, Tan H, Pu H, Cheng Y, Liu W, Zhao D. Endoscopic third ventriculostomy in the management of obstructive hydrocephalus: an outcome analysis. *J Neurosurg*. 2004;100:626-33.
5. Schroeder HW, Schweim C, Schweim KH, Gaab MR. Analysis of aqueductal cerebrospinal fluid flow after endoscopic aqueductoplasty by using cine phase-contrast magnetic resonance imaging. *J Neurosurg*. 2000;93:237-44.

a cura di:  
**Dott. Giulio Zuccoli**  
Radiologia



# INTERVENTI DI RESEZIONE POLMONARE MAGGIORE eseguiti dal 1999 al 2002

L'unità operativa di Chirurgia Toracica, ha presentato il giorno 13/12/2004 presso la sala Cubica di Rocca Saporiti, il proprio AUDIT Clinico riguardante le RESEZIONI POLMONARI MAGGIORI eseguite nei periodi 1999-2002.

La presentazione dei dati da parte del Dott. V. Annessi si è avvalsa dei contributi del Dott. G. Sgarbi, della Dott.ssa L. Mangone, coordinatrice del registro tumori provinciale, e del Dott. L. Sircana Direttore di Presidio. Nella parte introduttiva sono stati ricordati i motivi dell'evento, che richiamano i principi fondamentali del governo clinico, del miglioramento continuo della qualità e del significato di un AUDIT riferito ad un evento significativo.

**Il pieno coinvolgimento e la piena responsabilità dei diversi "attori", ciascuno con le proprie competenze e specializzazioni, rappresenta senza alcun dubbio un tema centrale per il sistema sanitario attuale.**

La buona organizzazione e l'attiva partecipazione del personale medico ed infermieristico ai percorsi di diagnosi e terapia, hanno ed avranno sempre maggiore rilevanza anche ai fini del progresso delle performance cliniche. Il governo clinico è quindi uno strumento che integra il controllo economico, la qualità clinica, la comunicazione efficace, l'aggiornamento professionale.

In questo contesto l'AUDIT di un evento significativo, come rappresentato dall'intervento di RESEZIONE POLMONARE MAGGIORE in chirurgia toracica, rappresenta un modo particolarmente efficace per raggruppare quelle che molti ricercatori definiscono le "pietre angolari" del governo clinico stesso:

- La consapevolezza
- Il lavoro di gruppo
- La comunicazione
- Ownership (senso di "proprietà" del lavoro svolto)
- Leadership

La Dott.ssa Mangone ci ha ricordato i dati estrapolati dal Registro Tumori Provinciale riguardanti il Tumore Polmonare, che riconosce la Resezione Polmonare, in particolare la Lobectomia Polmonare, come trattamento in grado di fornire i migliori dati di sopravvivenza quando utilizzato negli stadi iniziali di malattia.

anno	TUTTI TUMORI	POLMONE
1996	2737	252
1997	2939	297
1998	2926	271
1999	3075	294
2000	3214	317
2001	3299	331
2002	3511	343
TOTALE	21.701	2.105

Incidenza del cancro del polmone nella provincia di Reggio Emilia dal 1996 al 2002



Incidenza del cancro del polmone nei maschi e nelle femmine. La diapositiva mostra come anche nella nostra provincia il numero di nuove diagnosi nel sesso femminile sia in costante aumento.



Distribuzione dei tumori della provincia di Reggio Emilia nei maschi. Risulta evidente come nel sesso maschile il tumore del polmone occupi il primo posto per incidenza (n° di nuove diagnosi) nei periodi 1996-2002.



Distribuzione dei tumori della provincia di Reggio Emilia nelle femmine il cancro del polmone ha raggiunto il 4° posto ed è in costante aumento.



Mortalità per neoplasia nei maschi nella provincia di Reggio Emilia. Il cancro polmonare è di gran lunga la maggior causa neoplastica di morte.



Sopravvivenza del cancro del polmone nella provincia di Reggio Emilia. Anche i dati riguardanti la nostra provincia confermano come la diagnosi ed il trattamento negli stadi iniziali offrano i migliori risultati prognostici. Come noto la

prevenzione e la diagnosi precoce si rivelano anche in questo caso i migliori strumenti a disposizione.

PER STADIO	%
Ia - tumore <3 cm	61
Ib	38
Ila	34
Iib	24
Illa	13
Iiib	5
IV	1

Sopravvivenza in % sul totale di pazienti ammalati di cancro polmonare nella provincia di Reggio Emilia.



I dati riportati nel grafico evidenziano come nella nostra provincia la sopravvivenza a cinque anni (17%) sia leggermente superiore se confrontata a quanto riportato in altri registri tumori. Il dato, da ritenersi

comunque importante, è da attribuire alla somma di più fattori, tra questi l'aspetto diagnostico-terapeutico.

L'AUDIT clinico è stato realizzato per valutare la relazione esistente tra condizioni preoperatorie dei pazienti, scelte chirurgiche e complicanze manifestatesi nel postoperatorio entro 30 giorni. Lo standard di riferimento è stato ricavato dalla letteratura considerando gli studi controllati in cui si definivano gli standard riferibili a morbilità e mortalità in relazione agli interventi suddetti:

gli standard sono oggettivamente e misurabili. In collaborazione con l'Ufficio Sviluppo Organizzativo sono stati identificati

gli standards successivamente condivisi dal gruppo di valutazione del Dipartimento.

Lo studio retrospettivo è basato sulla valutazione delle cartelle cliniche presenti nell'archivio generale.

I dati Audit sono relativi ad interventi di resezione polmonare eseguiti dal 1999 al 2002 per un totale di 389 pazienti

- Pneumonectomie
- Lobectomie
- Tracheal sleeve pneumonectomy
- Sleeve lobectomy
- Segmentectomie tipiche
- Segmentectomie atipiche

Tipi d'interventi sottoposti a revisione.

### Indicatori preoperatori

- Età
- Diabete
- Cirrosi
- ASA
- Ipertensione
- Fumo
- Funz. Respiratoria
- Cardiopatie
- Pregressi int. Toracici
- Tratt. Neoadiuvanti
- Catetere peridurale

L'elenco evidenzia gli indicatori preoperatori rilevati; la presenza di uno o più di questi è ritenuto favorente la comparsa di complicanze, tranne il posizionamento preoperatorio del "catetere peridurale" a scopo antalgico. Tutti i pazienti operati sono sottoposti oggi a questa procedura, in linea con gli indirizzi regionali volti ad un ospedale senza dolore; il miglior controllo del dolore postoperatorio incide positivamente nella gestione del periodo postoperatorio.

### Indicatori intraoperatori

- Urgenza o elezione
- Tipo d'intervento
- Via di accesso
- Interv. associati
- Chirurghi operatori
- Durata intervento
- Aritmie intraop
- Emorragia intraop
- Trasfusioni intraop
- Decesso intraop

Indicatori intraoperatori rilevati, correlabili alle complicanze.

### Indicatori postoperatori

- Reinterventi per emorragia
- Aritmie
- IMA
- Ischemia cerebrale
- Polmonite
- Atelettasia
- Fuga aerea
- Fistola broncopleurica
- Embolia polmonare
- Mortalità a 30 giorni

La tabella elenca quali sono le complicanze definite dalla letteratura come indicatori di qualità della prestazione.

preso in considerazione singolarmente le complicanze sopraelencate e confrontate con i dati di

riferimento ricavati dalla letteratura.

### Atelettasia postoperatoria

42 casi-10,7%

• Rif. Letteratura 2,5-25%

Indica la comparsa di aree del polmone non ventilate che possono evolvere in processi infettivi polmonitici.

### Fuga aerea persistente

17 casi-4,4%

Rif. Letteratura 2,7-15%

Persistenza di perdita aerea del parenchima polmonare operato responsabile del protrarsi del ricovero e di conseguenti fenomeni infettivi pleurici.

### Polmonite postoperatoria

3 casi-0,7%

Rif. Letteratura 1,4-27%

La polmonite è una grave complicanza di questo tipo di chirurgia, mortale in una buona percentuale di casi. I risultati descritti evidenziano come la selezione, la preparazione dei pazienti nel

preoperatorio, la stretta sorveglianza postoperatoria in collaborazione con il fisioterapista possano ridurre questa complicanza a valori decisamente bassi.

### Fistola broncopleurica

2 casi-0,5%

Rif. Letteratura 1-4%

L'utilizzo di suturatrice meccanica nella sezione del bronco ha reso nella nostra casistica questa complicanza eccezionale.

### Reinterventi per emorragia

8 casi-2%

Rif. Letteratura 2-3,2%

Il dato riferito a questa complicanza è in linea con il dato della letteratura.

## Aritmia postoperatoria

27 casi-6,9%

Rif. Letteratura 8,6-30%

Anche per quanto riguarda l'aritmia postoperatoria il nostro dato è da ritenersi allineato a quanto scritto in letteratura.

## Infarto miocardico

1 caso-0,25%

Rif. Letteratura 0,3-1,4%

La collaborazione con l'unità operativa di cardiologia e di emodinamica ci ha aiutato ad operare pazienti cardiopatici con ridotto rischio, perché trattati dal punto di vista coronario preoperatoriamente.

## Embolia polmonare

1 caso-0,25%

Rif. Letteratura 0,5-4%

L'embolia polmonare, grazie all'utilizzo di eparina a basso peso molecolare, è diventato un evento raro in questo tipo di chirurgia.

## Mortalità a 30 giorni

3 casi-0,7%

Rif. Letteratura 2,9-30%

## Ischemia cerebrale

1 caso 0,25%

Rif. Letteratura 0,3%

Il risultato riportato nella tabella è da considerarsi come la conseguenza di una costante collaborazione tra le varie unità operative e servizi coinvolti nella gestione di questi pazienti.

Riteniamo che questo buon risultato, sia il frutto dell'impegno e della capacità di tutti i professionisti che quotidianamente collaborano con noi.

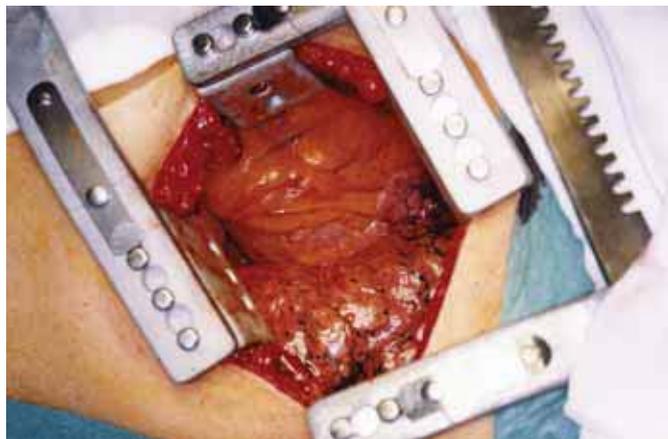
## Casistica

- Pneumonectomie 36 casi 9,2%  
lett.(10-15%)
- Lobectomie 191casi
- Segmentectomie tipiche ed atipiche 162 casi
- Toracotomie esplorative 8 casi  
2%lett.(8-10%)

La nostra casistica dal 1999 al 2002 conferma la bassissima percentuale di Toracotomie esplorative, che sono notoriamente segnale di errata indicazione chirurgica e selezione del paziente.

Già nelle note introduttive si comprendono i motivi di questo nostro lavoro, che deve essere ritenuto come un utile strumento volto al miglioramento.

Pensiamo inoltre che i dati riportati non debbano essere considerati come la semplice conseguenza di un gesto chirurgico ma il frutto del "lavorare insieme" condividendone i risultati.



**Dott. Giorgio Sgarbi,**  
**Dott. Valerio Annessi,**  
**Dott. Salvatore De Franco,**  
**Dott. Ferrari Guglielmo,**  
**Dott. Massimiliano Paci**  
Chirurgia Toracica

**Dott.ssa Lucia Mangone**  
Registro Tumori Provincia di Reggio Emilia

**Dott. Luca Sircana**  
Direttore Direzione Medica di Presidio

a cura di:  
**Dott. Annessi Valerio**  
Chirurgia Toracica



# Selezione e utilizzo dei GUANTI

Il Medico Competente, con la procedura già diffusa, ha dato l'indicazione di utilizzare esclusivamente guanti depolverati, sia sterili che non sterili, privilegiando quanto più possibile l'uso del vinile rispetto al lattice, al fine di prevenire possibili fenomeni di intolleranza ed allergia al lattice negli operatori.

Illustriamo qui di seguito le attuali tipologie di guanti fornite dal Servizio Farmaceutico, secondo catalogo che sarà consultabile on line su Intranet (percorso Farmacia – DPI oppure Servizio Prevenzione e Protezione – DPI), con i rispettivi codici, i costi, le principali caratteristiche e indicazioni d'uso.

**1** - Per tutte le **manovre che non richiedono misure di sterilità**, attualmente i guanti da utilizzare sono così individuati:

- **GUANTI MONOUSO IN VINILE SENZA POLVERE PREMIUM GLOVES VINYL POWDER FREE**



CODICE FARMACIA	
MISURA	
Piccoli	620390
Medi	620391
Grandi	620392

- **GUANTI MONOUSO IN PURO LATTICE SENZA POLVERE (PROCEDURE NELLE QUALI NON E' INDICATO IL VINILE) DERMACHLOR**



CODICE FARMACIA	
MISURA	
Piccoli	635084
Medi	635083
Grandi	635082

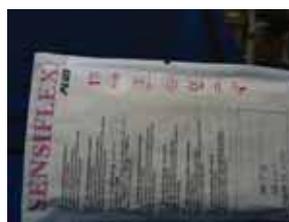
- **GUANTI MONOUSO IN NITRILE (PROCEDURE NELLE QUALI NON E' INDICATO IL VINILE) DOC ZERO POWDER FREE**



CODICE FARMACIA	
MISURA	
Piccoli	635090
Medi	635089
Grandi	635088

**2** - Per tutte le **manovre che richiedono misure di STERILITÀ**, attualmente i guanti da utilizzare sono così individuati:

- **GUANTI IN LATTICE STERILI SENZA POLVERE (rivestimento interno sintetico) SENSIFLEX PLUS**



CODICE FARMACIA	
MISURA	
6	635105
6 1/2	635106
7	635107
7 1/2	635108
8	635109
8 1/2	635110
9	635111

- **GUANTI IN VINILE STERILI LEGGERMENTE LUBRIFICATI CLINILAB**



CODICE FARMACIA	
(confezione con un singolo guanto ambidestro)	
MISURA	
Piccoli	620355
Medi	620356
Grandi	620357

- **GUANTI CHIRURGICI SINTETICI STERILI SENZA POLVERE SEMPERMED SYNTEGRA E SYNTEGRA IR LATEX FREE**



CODICE FARMACIA	
MISURA	
6	635990
6 1/2	635991
7	635992
7 1/2	635993
8	635994
8 1/2	635995

a cura di:  
**Ing. Giovanni Guatelli**  
Direttore Servizio Prevenzione e Protezione



# Un po' di colore in Medicina III



L'idea è nata dal desiderio comune di personalizzare e rendere più accogliente il reparto. I disegni sono nati dalla creatività e abilità di *Chiara Campailla e Giuseppina Donelli* a cui va un sentito ringraziamento per la preziosa opera che hanno donato al reparto.

***I professionisti della Medicina III***





# I profili clinico-assistenziali in 3° medicina: infermieri e medici insieme per un impegno comune



Il progetto è nato due anni fa, quando l'équipe infermieristica della Medicina 3°, ha manifestato la necessità di intraprendere un percorso di formazione per definire in modo più chiaro e pertinente le modalità assistenziali nell'approccio a pazienti complessi, ovvero quelli ricoverati per patologie di natura gastroenterologica. Da un'analisi accurata effettuata dal gruppo, sotto la guida del Coordinatore Infermieristico, si è potuto constatare che la criticità era rappresentata dalla disomogeneità da parte del personale nel rispondere ai bisogni di questi pazienti, causata soprattutto dall'alta specialità richiesta e l'elevato turnover del personale. Il personale neo-inserito, infatti provenendo da luoghi molto diversi dalla nostra realtà, ha contribuito nel mettere in campo visioni assistenziali diversificate. Inoltre si è colta questa opportunità di revisione della pratica, per confrontarsi e discutere su modalità assistenziali basati su interventi dubbi, o comunque di non documentata efficacia.

**L'idea sviluppata è stata quella di progettare profili clinico-assistenziali riferiti ai pazienti affetti da:** cirrosi

epatica (scompenso) e ipertensione portale, epatocarcinoma, malattie infiammatorie croniche intestinali, dopo un percorso formativo comune.

L'innovazione è stata quella di aver coinvolto sia il personale infermieristico che medico, escludendo, per il momento, il personale di supporto.

La prima fase formativa, aveva l'obiettivo di condividere la metodologia di lavoro, ispirata alla pratica basata sulle prove di efficacia. Avere come presupposto tale pratica, è stata una scelta di fondo, in quanto ha significato cercare nella

letteratura le migliori evidenze derivabili dagli studi disponibili, per integrarli con la pratica assistenziale, definita alla luce dell'esperienza personale del singolo professionista e alla valutazione, più attenta possibile, delle preferenze del paziente.

Il fine ultimo era quello di definire a livello aziendale, a partire dai comportamenti clinici raccomandati, quale debba essere l'iter assistenziale dei pazienti, con particolare riferimento a quali sono le competenze professionali pertinenti nelle diverse fasi e l'assetto organizzativo da implementare a sostegno del percorso assistenziale definito.

**Il vantaggio fornito dalla pratica basata sulle prove di efficacia è quello di rendere esplicite le alternative e le motivazioni del comportamento infermieristico: da una certa linea di comportamento raccomandato si può dissentire, qualora non si ritenga appropriato un determinato intervento per un determinato paziente.**

In effetti la ricerca della migliori evidenze ha rappresentato l'aspetto più difficoltoso, in quanto non è stato facile reperire le informazioni e soprattutto valutare criticamente





# MISSIONE IN ALBANIA

## Sintesi del progetto

L'intervento del Cestas, organismo di cooperazione internazionale, dell'Asl e dell'Ospedale Maggiore di Bologna (reparto diagnostica) all'Ospedale "Xh. Kongoli" Elbasan, Albania ha come scopo la formazione professionale e la fornitura di tecnologie appropriate per ridurre l'incidenza della morbilità e della mortalità legate alle patologie tumorali del seno e dell'utero. L'azione ha avuto inizio nel giugno 2003 ed ha previsto tre attività fondamentali:

- Creazione di un centro diagnostico per la prevenzione delle patologie tumorali (seno e collo dell'utero) equipaggiato con attrezzature necessarie (dismesse da vari centri dell'Emilia Romagna ma revisionate prima della nuova installazione).
- Realizzazione di un corso di formazione per gli operatori locali che si propone un buon utilizzo delle suddette apparecchiature e manutenzione delle stesse.
- Promozione di una campagna di sensibilizzazione e informazione sull'importanza della prevenzione delle patologie descritte (condotta a livello di Prefettura, con l'aiuto di organizzazioni non governative di donne e del centro ospedaliero "Dr. Xh. Kongoli" di Elbasan

## La mia esperienza come tecnico formatore.

Inviata in qualità di Tecnico formatore della Regione Emilia Romagna, l'Arcispedale S. Maria Nuova mi ha riconosciuto questa esperienza all'Ospedale di Elbasan come missione.

La nostra realtà ospedaliera, altamente tecnologica, ci porta inevitabilmente a dare un valore scontato a tutto quello che abbiamo e a pretendere sempre di più nel raggiungimento dei nostri obiettivi.

Sono stata catapultata da un aereo in un mondo dove non c'è niente.

In una sola settimana di questa esperienza così forte e intensa, le emozioni si sono cristallizzate nell'attimo in cui le ho provate e sono rimaste ferme per la paura di perdersi e di sfumare nel nulla, come i sogni. Il medico radiologo di Bologna e la coordinatrice tecnica del suo servizio dalla quale ero stata contattata, avevano già fatto un sopralluogo qualche mese prima per valutare la situazione ed avevano seguito la consegna, l'installazione e la messa in funzione delle apparecchiature con l'assistenza di tecnici specializzati.

Ora si trattava di avviare un servizio, verificare "in loco" il corretto funzionamento del mammografo e della sviluppatrice, tracciare un percorso formativo per il personale tecnico e medico che in una settimana doveva essere in condizioni di poter eseguire e leggere un esame mammografico in modo ottimale.

All'aeroporto il nastro scorrevole che porta il bagaglio a mano al controllo della Polizia faceva passare la vasca



del fissaggio, ultimo pezzo di sviluppatrice che noi portavamo con la nostra valigia e il nostro cuore, che sarebbe volato alto per dare aiuto a un paese bisognoso. Attraverso chilometri di terra desolata siamo arrivati alla città, illuminata in quell'ora della sera dalle mille luci dei piccoli negozi e bar. Il mattino dopo, attraversando a piedi il corso principale, siamo entrati nell'anima di Elbasan, in un gaio brulicare di gente variamente affaccendata che affollava le vie, tra i molti venditori ambulanti di frutta e altro.

L'ospedale ci attendeva in fondo a una strada dove lateralmente e appesi a una rete metallica molti camici bianchi usati erano esposti in bella vista per la vendita. L'entrata dell'ospedale portava direttamente al pronto soccorso.

Una bambina con gli occhi sbarrati per la paura era adagiata su una barella alta e stretta con le ruote a raggi.

Da quel momento in poi le emozioni si sono susseguite, una dopo l'altra, in quella terra che piano piano mi entrava dentro, nella realtà povera di quella gente, nella loro umanità così dignitosa.

L'ospedale di Elbasan

La radiologia, situata al primo piano dello stabile, comprendeva due sale diagnostiche, attrezzate con apparecchi in ottimo stato di cui uno telecomandato, la camera oscura ordinata e pulita, con una grande vasca per il rifornimento dell'acqua che spesso, durante il giorno e senza preavviso, viene a mancare. Foto Camera oscura con didascalia Camera oscura La stanza riservata al mammografo, un apparecchio GE Senographe 500 T era veramente spaziosa. Piccola ma completa di tutto, la camera oscura con sviluppatrice automatica dedicata. Già dalla mattina del primo giorno le apparecchiature sono state messe in funzione e alle 10.30 avevamo la prima mammografia! I due tecnici miei "allievi" Enver ed Eccerem, erano ansiosi di apprendere e l'interprete Bruna, che traduceva in simultanea ogni mia parola, ha reso possibile la

## MISSIONE IN ALBANIA



Entrata posteriore dell'ospedale  
Alex, Giovanna, Enver, Eccerem

comunicazione fra di noi.

Le nostre pazienti reclutate all'interno dell'ospedale tra le operatrici sanitarie e non, molte di religione musulmana, non hanno opposto resistenza alla manovra spesso fastidiosa della compressione e arrendevoli ai gesti rassicuranti e alle parole che li accompagnavano, hanno sorriso accettando questa nuova esperienza. Siamo riusciti a completare circa 30 esami, eseguendoli la mattina e commentandoli al negativoscopio nel pomeriggio mentre il Medico radiologo di Bologna si occupava di formare i due medici presenti, sulla lettura e l'interpretazione delle immagini che noi avevamo acquisito.

Ho inserito nel nostro breve percorso di formazione anche i "Controlli di qualità" e devo dire che le prove con il fantoccio li hanno entusiasmati. Con gioia e grande impegno li vedevo sempre presenti, curiosi e disponibili a seguire, anche con la difficoltà della traduzione in simultanea, anche nel grande caldo di quel periodo dell'anno, sempre affettuosi e silenziosamente grati per quello che stavano ricevendo da noi. L'ultimo giorno ha fatto parte del nostro piccolo gruppo di studio il medico radiologo -Dr. Alex, interessato alla lezione di tecnica mammografia.

### Le mie impressioni

Ho avuto un contatto forte con una realtà di grande bisogno, in una terra dove le donne sono state da sempre i soggetti più vulnerabili, vittime di retaggi culturali e sociali estremamente consolidati, e della crisi socio-economica e politica attraversate dal paese. L'apertura dell'Albania al mondo ha rivelato la visione dolorosa di una povertà economica, delle limitazioni della libertà individuale ad un livello che il mondo non poteva immaginare, ma è venuta fuori la sua meraviglia. La storia delle donne albanesi è una storia di grandi sfide. Tutto ciò che hanno raggiunto è significativo della loro intelligenza, vitalità, del loro carattere peculiare e della loro umanità: anche questo progetto è una sfida. Per questo motivo è stata prevista una campagna di sensibilizzazione con volantini informativi e un programma TV che abbiamo registrato e che verrà proposto in diversi momenti della giornata su rete locale.

Abbiamo avuto poco tempo e le cose da dire erano tante, ma credo di aver dato loro qualche strumento, perché con la grande volontà e l'entusiasmo che li caratterizza, possano andare avanti, in un progetto che porta la condizione di salute delle donne a una realtà nuova, tutta da costruire.



a cura di:  
*Maria Giovanna Pirola*  
Radiologia



# L'angolo della CUCINA

*"Non solo cucina per i pazienti e dipendenti, ma anche banchetti, ricevimenti, colazioni di lavoro e tutto ciò che si può fare all'interno di una cucina ospedaliera che non ha niente da invidiare alle altre"*

Un'equipe di operatori della cucina dell'ospedale, con pluriennale esperienza sia in ambito ospedaliero che esterno (ristoranti e alberghi), ha pensato di creare "l'angolo della cucina", inteso come momento di confronto con chi usufruisce del servizio ristorazione. Tale rubrica, inserita nel periodico aziendale è disponibile per:

- illustrare la preparazione di pietanze particolari
- soddisfare richieste o curiosità sul menù ospedaliero e dietetico, etnico, delle festività, piatti tradizionali reggiani e italiani, piatti a base di pesce, pasticceria ecc. e sulla organizzazione del lavoro in cucina.

## Qualche idea per una cenetta gustosa

( queste ricette sono già state apprezzate nel rinfresco in occasione della certificazione del Servizio Alberghiero)

### ANTIPASTO. Bigne' alla spuma di gorgonzola e aceto balsamico caramellato

#### Dosi per 6 persone

per i bigné: 125 cc di acqua, 40 gr di burro

80 gr di farina, 2/3 uova

#### per l'aceto caramellato:

200 cc aceto balsamico, 220 cc di zucchero semolato per la spuma di gorgonzola:

250 gr panna da montare, 200 gr gorgonzola  
1 pizzico di sale

**Per i Bigné:** far bollire l'acqua insieme con il burro e il sale in una pentola capiente, quando il tutto si è sciolto aggiungere a pioggia la farina mescolando energicamente con una frusta, cuocere il composto sul fuoco girandolo con un cucchiaino di legno fino a che non si stacchi completamente dai bordi della pentola, lasciare intiepidire e poi aggiungere un uovo alla volta fino ad ottenere un impasto consistente e cremoso, confezionare i bigné con il sacchetto da pasticciere in una teglia foderata con la carta da forno, cuocerli per 40 minuti a 150 gradi.

Per la spuma: montare la panna, il gorgonzola e il sale sino ad ottenere la spuma bella gonfia, poi riempire i bigé.

**Per l'aceto caramellato:** (da preparare poco prima del consumo) fare cuocere in un padellino antiaderente l'aceto e lo zucchero e portarli ad ebollizione mescolando con un cucchiaino di legno fino a caramellare lo zucchero, attendere qualche minuto e poi intingerci i bigné.

Danilo

### ANTIPASTO.

### Bruschette del Ghiottone

#### dosi per 8 persone:

800 gr. Di pane di Altamura a fette, 500 gr. Pomodori di Pachino, 100 gr. Parmigiano Reggiano, 1 mozzarella di bufala, 5 foglie di basilico, 1 ciuffo di menta o mentuccia, peperoncino, aglio, olio extra vergine di oliva, sale q.b.

Tritare grossolanamente i pomodori e soffriggerli in padella con olio, aglio e peperoncino e un pizzico di sale per 5 minuti. Spegnerli e poi lasciare il composto raffreddare.

A parte tagliare a cubetti piccoli la mozzarella, tritare il basilico e la menta, tagliare il Parmigiano Reggiano a scaglie e unire tutto al sugo preparato precedentemente. Tostare le fette di pane al forno e condirle con il sughetto e .....buon appetito!

Giordano

### Qualche buona ricetta:

Per la Festa del Papà (19 marzo San Giuseppe)

### DOLCI. Zeppole Di San Giuseppe

#### dosi per 4 persone:

200 gr. Farina, 100 gr. Zucchero, 125 gr. burro 6 tuorli d'uovo, 2 albumi, 250 cc latte, 250 cc acqua 125 gr marmellata di amarene, zucchero a velo, 1 bustina vanillina, un pizzico di sale, olio semi a piacere 1/2 bustina lievito.

Mettete sul fuoco 250 cc di acqua, il burro e un pizzico di sale, quando il tutto bolle togliere dal fuoco e aggiungervi 150 gr farina a pioggia mescolando continuamente fino a che il composto non si stacchi dalle pareti della pentola. Fate raffreddare il composto ed unitevi quattro tuorli d'uovo e due albumi, versate l'impasto in una siringa da pasticciere e formate delle ciambelle con un piccolo foro al centro, frigatele in abbondante olio di semi. Fatele sgocciolare su carta da cucina. A parte preparate una crema con 250 cc latte, 125 gr zucchero, due tuorli, 50 gr farina e la bustina di vanillina.

Quando la crema è fredda riempite le zeppole, e guarnite con un cucchiaino di marmellata di amarene e spolveratele con zucchero a velo.

Giuseppe



# ENDOMETRIOSI... È giusto conoscerla

endometriosi  
endometriosi  
**endometriosi**  
endometriosi  
endometriosi

...una malattia femminile molto diffusa ma spesso sottovalutata...

...E' GIUSTO CONOSCERLA

**“Mi chiamo Anna ed ho 34 anni; premetto che fino a 4 anni fa non sapevo nemmeno esistesse l'endometriosi. Questa malattia mi ha cambiato totalmente la vita, non parlo che di lei, è sempre nei miei pensieri ed è continuamente in agguato; colpisce noi donne nel corpo, nella mente e ci lascia ferite indelebili, negandoci, a volte, la gioia di procreare. L'endometriosi affligge anche la nostra sfera affettiva: insie-**

**me a noi soffrono mariti e familiari che, vivendo con noi e non potendo aiutarci, si sentono impotenti ed inutili.”**

Nella sede dell'Associazione Italiana Endometriosi Onlus di lettere così, ne arrivano tutti i giorni. Il destino di Anna è condiviso da quel 10 - 17% di donne al mondo in età fertile che soffrono di una malattia tanto diffusa quanto poco nota e ancor meno conosciuta nelle sue cause. E, forse, anche per questo, il ruolo dell'Associazione Italiana Endometriosi è ancora più prezioso, in prima linea dalla parte di donne, per lo più giovani, che si trovano a combattere con un male subdolo e sottovalutato.

L'endometriosi è una malattia complessa e cronica, originata dalla presenza anomala del tessuto normalmente presente nell'utero in altri organi quali ovaie, tube, peritoneo, vescica, intestino, vagina, provocando sanguinamenti interni, infiammazioni croniche, tessuto cicatriziale, aderenze.

Alcuni sintomi che si presentano, possono essere:

affaticamento cronico, dolori che si irradiano verso la zona rettale, dolore all'ovulazione, dolore alla regione lombare, diarrea e/o stitichezza. L'endometriosi può colpire inoltre, anche l'intestino causando disturbi funzionali scambiati per colon irritabile. Curando chirurgicamente la prima scompaiono i disturbi attribuiti al secondo problema. E' quanto emerge da uno studio, unico nel mondo, presentato all'80/mo Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) che si è svolto a Genova nel giugno dello scorso anno. Ci sono anche altri sintomi, non meno significativi: il dolore durante e dopo l'atto sessuale (64%), infertilità (41%), aborti spontanei.

Il quadro della sintomatologia dolorosa coinvolge almeno il 75-80% delle donne affette e ne condiziona pesantemente la qualità della vita. L'endometriosi si può considerare perciò una vera malattia sociale, tenuta però sotto silenzio da una cappa di ignorante omertà. Purtroppo, per le donne che ne sono affette, non esiste una cura risolutiva.

Per aiutare le donne affette da questa patologia è nata nell'agosto del 1999 l'Associazione Italiana Endometriosi Onlus, costituita da e per le donne che vivono con la malattia.

L'AIE Onlus:

- promuove lo scambio reciproco di esperienze innanzitutto con i gruppi di auto-aiuto che sorgono nelle principali città italiane (Reggio Emilia per il nostro territorio),
- sostiene le donne anche attraverso una rete telefonica di associate e il Forum sul sito Internet, luogo virtuale per confrontarsi,
- facilita la diffusione di informazioni corrette e complete sulla patologia mediante la spedizione di materiale informativo gratuito a chiunque ne faccia richiesta,
- offre consulenze telefoniche e on-line grazie alla disponibilità di ginecologi volontari
- cura la pubblicazione del trimestrale interno, "Endonews", su cui si dà conto delle "ultimissime" sulla malattia.

Responsabile del gruppo di auto aiuto di Reggio Emilia dell'AIE è Marisa Di Mizio la quale, insieme a Giulia D'Incognito, coordinano il gruppo reggiano, gruppo nato nel gennaio del 2003 e quest'anno, come nei precedenti, il calendario del gruppo di R.E. è ricco di appuntamenti.

L'Associazione grazie e tramite la collaborazione dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia fornisce alle



donne dimesse con diagnosi di endometriosi un depliant informativo, il calendario degli incontri

dell'Associazione e una lettera di presentazione del gruppo di auto aiuto reggiano.

Scopo dei gruppi di auto aiuto è quello di informare le donne che c'è un nome per i dolori con cui convivono tutti i mesi e per quanto possa essere importante l'aiuto che si riceve dal proprio partner o dagli amici, nulla è più utile della possibilità di incontrare altre donne che riescono ad affrontare la malattia, per quanto insidiosa e debilitante, e che riconoscono di essere in ogni caso persone in tutto e per tutto. E' anche possibile imparare a mettere in pratica le stesse tecniche utilizzate quotidianamente da altre donne per affrontare l'endometriosi; le donne con endometriosi spesso si rivelano la fonte migliore da cui trarre insegnamento. L'Associazione Italiana Endometriosi Onlus è un'associazione indipendente, che collabora con la classe medica affinché la ricerca progredisca e che aspira ad avere per la patologia il riconoscimento di malattia cronica per ottenere le esenzioni dei ticket per i farmaci, per le terapie e gli esami correlati alla malattia. Il lavoro dell'AIE Onlus sul nostro territorio ha ricevuto una spinta entusiasmante da un evento internazionale di grande prestigio che si è svolto a Milano all'inizio di ottobre 2004: il primo Meeting europeo delle Associazioni nazionali.

Le Associazioni nazionali di 11 paesi d'Europa – per l'Italia l'Associazione Italiana Endometriosi Onlus – si sono costituite in un'Alleanza europea (European Endometriosis Alliance) che ha deciso, come prima proposta, di indire la settimana dell'endometriosi: nella seconda settimana di marzo a partire dal 2005, ciascuna Associazione nazionale organizzerà iniziative di sensibilizzazione per questa malattia così diffusa eppure così sconosciuta.

Il gruppo di auto aiuto reggiano, ha in programma un incontro per il 12 marzo 2005 con relatore il Prof. Franco Berrino responsabile del servizio di epidemiologia dell'Istituto dei tumori di Milano per parlare di: "L'alimentazione nel trattamento dell'endometriosi".

Per ricevere informazioni, associarsi e sostenere l'Associazione, si può visitare il sito web: [www.endoassoc.it](http://www.endoassoc.it) Il numero di telefono e fax della sede AIE di Nerviano (MI) è:

0331.589800 indirizzo mail: [info@endoassoc.it](mailto:info@endoassoc.it).

Il gruppo AIE di Reggio Emilia risponde

al num di cell. 340.5711975



Tavolo informativo durante il convegno nazionale sull'endometriosi che si è svolto a Santa Margherita Ligure ad ottobre 2003

## **ASSOCIAZIONE ITALIANA ENDOMETRIOSI ONLUS - A.I.E. CALENDARIO INCONTRI 2005 GRUPPO REGGIO EMILIA**

Il Gruppo AIE di Reggio Emilia invita le persone interessate a partecipare agli incontri informativi sull'ENDOMETRIOSI ed alle riunioni di sostegno:

### **Sabato 22 Gennaio 2005 INCONTRO DI AUTO AIUTO CON LA PRESENZA DI UNA PSICOLOGA**

Partecipazione riservata alle sole donne.

### **Sabato 12 Marzo 2005 "L'ALIMENTAZIONE NEL TRATTAMENTO DELL'ENDOMETRIOSI"**

Prof. Franco Berrino Responsabile del Servizio di Epidemiologia dell'Istituto dei Tumori Milano

### **Sabato 07 Maggio 2005 "LA MALATTIA CRONICA: L'IMPATTO NELLA VITA DI COPPIA"**

Dr. Claudio Feruglio Psichiatra & Psicoterapeuta

### **Sabato 25 Giugno 2005 RIUNIONE DI AUTO AIUTO**

Partecipazione riservata alle sole donne.

### **Sabato 01 Ottobre 2005 "L'ENDOMETRIOSI: TRATTAMENTO DEL DOLORE E DELL' INFERTILITA' "**

Dr. Luca Minelli Responsabile del Servizio di Ginecologia ed Ostetricia Ospedale "Sacro Cuore" Negrar (Vr)

Prof. G.B. La Sala Primario dell'unita' Operativa di Ginecologia ed Ostetricia e Medicina della Riproduzione Ospedale S.M. Nuova Reggio Emilia

### **Sabato 26 Novembre 2005 INCONTRO DI AUTO AIUTO CON LA PRESENZA DI UNA PSICOLOGA**

Partecipazione riservata alle sole donne.

Gli incontri si svolgeranno presso:  
OSPEDALE SANTA MARIA NUOVA  
Viale Risorgimento 80

Aula 1 gruppo salita 6 piano meno 1  
dalle ore 15,00 alle ore 18,00



dica...  
il suo codice  
fiscale!



**PER LE RICETTE SERVE  
IL TUO CODICE FISCALE  
QUANDO VAI DAL MEDICO  
PORTALO CON TE**

Dal 1° aprile 2005 entra in vigore un nuovo modello di ricetta per la prescrizione di farmaci, di visite ed esami specialistici, di ricoveri ospedalieri e cure termali. Nella nuova ricetta (di colore rosso) deve essere indicato, oltre al nome, cognome e indirizzo, il codice fiscale dell'assistito.

Nei mesi di febbraio e marzo tutti i medici del Servizio sanitario regionale potranno utilizzare sia il vecchio sia il nuovo modello di ricetta, ma **dal 1° aprile saranno valide solo le ricette con il codice fiscale dell'assistito.**

Quando hai bisogno del medico, ricorda di portare il tuo codice fiscale.